



Brazilian Journal of OTORHINOLARYNGOLOGY

www.bjorl.org



RELATO DE CASO

Intraoral excision of a huge retropharyngeal lipoma causing dysphagia and obstructive sleep apnea[☆]



Excisão intraoral de um grande lipoma retrofaríngeo causando disfagia e apneia obstrutiva do sono

Umit Aydın ^a, Omer Karakoc ^a, Murat Binar ^{a,*}, Fatih Arslan ^b e Mustafa Gerek ^a

^a Gulhane Military Medical Academy, Department of Otolaryngology, Head and Neck Surgery, Ankara, Turquia

^b Ankara Mevki Military Hospital, Department of Otolaryngology, Head and Neck Surgery, Ankara, Turquia

Recebido em 29 de março de 2016; aceito em 21 de outubro de 2016

Disponível na Internet em 20 de junho de 2017

Introdução

Lipomas são os tumores de tecidos moles derivados do mesênquima mais comuns no corpo, mas apenas 15% deles estão na região da cabeça e do pescoço.¹ Lipomas de cabeça e pescoço geralmente surgem do triângulo cervical posterior e sua incidência na região retrofaríngea é muito rara.^{2,3} Aqui, apresentamos um caso de lipoma retrofaríngeo que causou disfagia progressiva e apneia obstrutiva do sono (AOS) tratado por excisão cirúrgica transoral. Também revisamos a literatura para discutir o tratamento de lipomas retrofaríngeos que causam apneia obstrutiva do sono. Que seja de nosso conhecimento, o presente caso mostra o maior

lipoma retrofaríngeo que causou disfagia e AOS na literatura da língua inglesa.

Relato de caso

Um homem de 24 anos com histórico de um ano de ronco progressivo, sonolência diurna excessiva, dispneia e disfagia com materiais sólidos. O exame revelou proeminência da parede faríngea posterior que se estendia da orofaringe à hipofaringe. Na avaliação endoscópica, a epiglote tocava a lesão tumoral e não era possível visualizar as cordas vocais. A mucosa estava intacta e lisa. A polissonografia identificou AOS grave, com índice de apneia-hipopneia (IAH) de 96,8. A tomografia computadorizada (CT) revelou um tumor retrofaríngeo homogêneo que se estendia do nível C2 até o C6. No exame de ressonância magnética (RM), observou-se que a lesão se originava na região pré-vertebral posterior no espaço retrofaríngeo com sinal aumentado em T1 (**fig. 1**) e T2, bem como sinal atenuado pela supressão do sinal da gordura e nenhuma relação com ossos. Esses achados sugeriram que a lesão retrofaríngea era de origem lipomatosa. A excisão cirúrgica transoral sob anestesia geral foi aconselhada ao paciente. Após intubação orotraqueal, um retrator oral foi usado. A incisão vertical foi feita na mucosa faríngea posterior com cautério unipolar, dissecou-se o músculo constritor superior e a fáscia cervical profunda, seguida da

DOI se refere ao artigo:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2016.10.011>

[☆] Como citar este artigo: Aydın U, Karakoc O, Binar M, Arslan F, Gerek M. Intraoral excision of a huge retropharyngeal lipoma causing dysphagia and obstructive sleep apnea. Braz J Otorhinolaryngol. 2020;86:S8–S10.

* Autor para correspondência.

E-mail: mbinar4@yahoo.com (M. Binar).

A revisão por pares é da responsabilidade da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial.

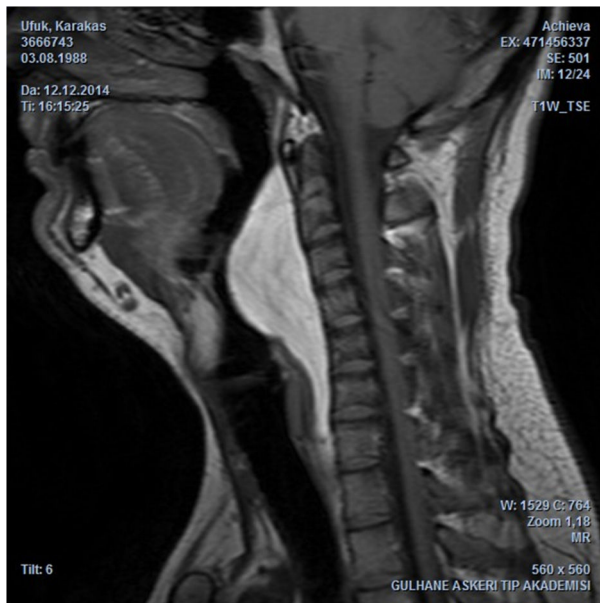


Figura 1 RM em corte sagital ponderada em T1 mostra a lesão tumoral retrofaríngea hiperintensa semelhante a tecido adiposo.

dissecção romba da lesão (fig. 2) e, então, o tumor retrofaríngeo foi totalmente removido. Macroscopicamente, o tumor era amarelado, bilobulado, bem encapsulado e media 12×7 cm (fig. 3). O pós-operatório transcorreu sem intercorrências. Não foi necessário fazer traqueotomia. Uma sonda nasogástrica foi mantida por cinco dias durante o período pós-operatório e o paciente recebeu antibioticoterapia por uma semana. O diagnóstico histopatológico da lesão foi lipoma. No fim do segundo mês, o IAH, a saturação mínima de O_2 e a porcentagem de tempo de sono com saturação de O_2 abaixo de 90% melhoraram de 96,8 para 10, de 61 para 87% e de 54,8 para 11,4%, respectivamente. A RM de controle não revelou qualquer resíduo do lipoma

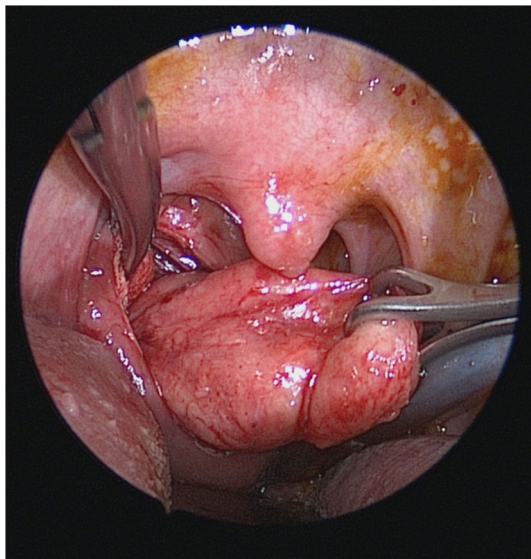


Figura 2 Dissecção da lesão no espaço retrofaríngeo.



Figura 3 Fotografia do espécime bruto de lipoma retrofaríngeo.

(fig. 4) e o paciente ficou completamente livre das queixas após a excisão do tumor.

Discussão

A área retrofaríngea é um espaço potencial entre a fásia bucofaríngea anterior e a fásia pré-vertebral, posteriormente. Esse espaço se estende desde a base do crânio até o mediastino. Nódulos linfáticos, nervos e gordura são os componentes essenciais desse espaço.⁴ Tumores do espaço retrofaríngeo são relativamente raros, o lipoma é um desses.⁵

Lipomas são tumores mesenquimais benignos de crescimento lento que surgem do tecido adiposo e são constituídos por adipócitos maduros. Os lipomas de cabeça e pescoço estão usualmente na região subcutânea do pescoço.⁶ Lipomas submucosos e aqueles em locais profundos, como os da nasofaringe, orofaringe e região parafaríngea, são pouco frequentes. O lipoma é visto como lesão homogênea, hipodensa, bem definida e sem aumento na TC. A atenuação da gordura homogênea na TC é indicada para lipomas. Embora

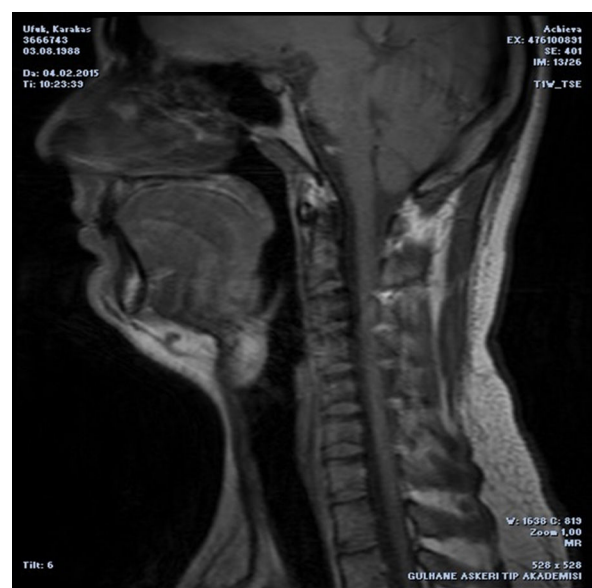


Figura 4 RM pós-operatória ponderada em T1 mostra que a lesão foi totalmente removida.

Tabela 1 Casos de lipomas retrofaríngeos relacionados com AOS comprovada por polissonografia

Caso n°	Sexo	Idade	Tratamento	Tamanho (cm)	Pré-tratamento AHI	Pós-tratamento AHI	Referências
1	F	11	Excisão transoral	8 × 4	13	–	Gong
2	F	44	CPAP	5 × 4	38	–	Tuncyurek
3	F	73	Excisão transoral	8 × 4	43	12	Piccin
4	M	40	Excisão transcervical	11 × 7	34	–	Namyslowski
5	M	24	Excisão transoral	12 × 7	96,8	10	Presente caso

a TC seja útil para diagnosticar o lipoma, a RM é preferida à CT, devido às imagens claras e detalhadas dos tecidos moles.⁷ A RM também é importante para delinear os limites e a extensão da lesão.

Os lipomas retrofaríngeos podem crescer até um tamanho considerável antes de se tornar sintomáticos. Os sintomas mais comuns são disfagia, dispneia e ronco relacionados à obstrução das vias aéreas.³ AOS pode coincidir com obstrução das vias aéreas.⁸ Na AOS, episódios repetidos de obstrução parcial ou completa das vias aéreas superiores que causam apneia, hipopneia, dessaturação e fragmentação do sono levam à hipóxia crônica, que pode ocorrer devido a vários fatores fisiopatológicos, como disfunção neuromuscular, anormalidades anatômicas etc.³ A obstrução grave da via aérea superior devido ao lipoma foi a causa essencial da AOS em nosso caso. Os lipomas retrofaríngeos são relativamente raros na etiologia dessa doença. Na revisão da literatura, foram encontrados quatro casos de lipoma retrofaríngeo em relação à AOS, comprovados por polissonografia.^{2,3,9,10} (tabela 1)

A remoção cirúrgica completa é a primeira escolha de tratamento. A abordagem cirúrgica varia, depende da localização do lipoma. A excisão transoral é o tipo preferido de cirurgia, mesmo em grandes lipomas da região retrofaríngea. Isso é possível porque os lipomas são geralmente bem encapsulados.³ A excisão transoral apresenta menor morbidade pós-operatória em relação à abordagem transcervical, mas em casos de extensão parafaríngea proeminente a abordagem transcervical pode ser preferida.^{7,8} O uso de pressão positiva contínua das vias aéreas (CPAP) é uma opção em pacientes idosos com alta comorbidade.

Conclusão

A resolução da disfagia e a melhoria dos achados polissonográficos após a operação demonstraram o caráter obstrutivo da lesão. O exame das vias aéreas superiores deve ser cuidadosamente feito em pacientes com disfagia e apneia do sono para excluir as lesões retrofaríngeas, tais como os lipomas.

A abordagem transoral foi a melhor escolha para a excisão cirúrgica em nosso caso.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Hadad FS, Hadad FF, Zaytoun G. Retropharyngeal lipoma a benign yet potentially lethal condition. Case presentation and review of literature. *Neurosurgery*. 2005;15:145–54.
2. Gong W, Wang E, Zhang B, Da J. A retropharyngeal lipoma causing obstructive sleep apnea in a child. *J Clin Sleep Med*. 2006;15:328–9.
3. Namyslowski G, Scierski W, Misiolek M, Urbaniec N, Lange D. Huge retropharyngeal lipoma causing obstructive sleep apnea: a case report. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2006;263:738–40.
4. Davis WL, Harnsberger HR, Smoker WR, Watanabe AS. Retropharyngeal space: evaluation of normal anatomy and diseases with CT and MR imaging. *Radiology*. 1990;174:59–64.
5. Luczak K, Dorobisz K, Krecicki T, Janczak D, Chabowski M, Zatonski T. The lipomatosis of the parapharyngeal and retropharyngeal space: a case report. *Srp Arh Celok Lek*. 2015;143:455–7.
6. Akhtar J, Shaykhon M, Crocker J, D'Souza AR. Retropharyngeal lipoma causing dysphagia. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2001;258:458–9.
7. Radhakrishna Pillai OS, Vijayalakshmi S, Adarsha TV, Thahir M, Gopinathan UK, Mohammed N. Retropharyngeal lipoma – a case report. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2007;59:360–2.
8. Casale M, Salvinelli F, Mallio CA, Frari V, Vincenzi B, Bressi F, et al. Upper airway study should always come before any sleep study in OSAS evaluation: a giant parapharyngeal lipoma behind OSAS. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2012;16:106–9.
9. Tuncyurek O, Eyigor H, Ozkul A. What is the importance of radiology in obstructive sleep apnea? *J Craniofac Surg*. 2011;22:1971–3.
10. Piccin O, Sorrenti G. Adult obstructive sleep apnea related to nasopharyngeal obstruction: a case of retropharyngeal lipoma and pathogenetic considerations. *Sleep Breath*. 2007;11:305–7.